



<b>III. DANE PODMIOTU LECZNICZEGO LUB OSOBY ZLECAJĄCEJ BADANIE:</b>			
1. Nazwisko (lub nazwa podmiotu leczniczego)			
<input type="text"/>			
2. Imię (lub nazwa podmiotu leczniczego)		3. Numer prawa wykonywania zawodu	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
4. Nazwa komórki organizacyjnej zakładu leczniczego albo praktyki lekarskiej, w których wystawiono zlecenie lekarskie:			
.....			
5. Numer telefonu			
<input type="text"/>			
6. Kod pocztowy		7. Miejscowość	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
8. Ulica			9. Numer domu
<input type="text"/>			<input type="text"/>
			10. Numer lokalu
			<input type="text"/>
<b>IV. INNE INFORMACJE</b>			
1. Data pobrania próbki (dd/mm/rrrr)			
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>			
2. Badana próbka pochodziła:			
<input type="checkbox"/> od pacjenta leczzonego ambulatoryjnie			
<input type="checkbox"/> od pacjenta hospitalizowanego, jeżeli tak podać nazwę i adres szpitala:			
.....			
<input type="checkbox"/> od pacjenta na jego zlecenie			
<input type="checkbox"/> inne (wpisać jakie): .....			
3. Powód wykonania badania			
<input type="checkbox"/> diagnostyka kliniczna	<input type="checkbox"/> badanie pracownicze	<input type="checkbox"/> ciąża	<input type="checkbox"/> przyjęcie do szpitala
<input type="checkbox"/> inne badanie przesiewowe	<input type="checkbox"/> z własnej inicjatywy, bez zlecenia lekarskiego	<input type="checkbox"/> inny powód (wpisać jaki).....	
<b>V. UWAGI</b> (w tym dodatkowe informacje istotne z punktu widzenia interpretacji uzyskanego wyniku badania w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych):			
<b>VI. DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ</b> (wpisać albo nanieść na dokument w formie nadruku albo pieczętki)			
1. Imię i nazwisko .....			2. Numer prawa wykonywania zawodu: .....
			3. Podpis .....
4. Telefon kontaktowy: .....			
5. Adres poczty elektronicznej: .....			